FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

Nº 913

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean GERARD

né le 21 Novembre 1928 à Issy-les-Moulineaux (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

PLACE DE LA CESARIENNE SEGMENTAIRE DANS LA PRESENTATION DU SIEGE

Président : Mr R. MERGER, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Vᵉ

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538112_0073

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean GERARD

né le 21 Novembre 1928 à Issy-les-Moulineaux (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

PLACE DE LA CESARIENNE SEGMENTAIRE DANS LA PRESENTATION DU SIEGE

Président : Mr R. MERGER, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Haiphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SIGARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÉZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	SABROL (C.) GOUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERODERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TROYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAPOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLIME (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents.

A ma femme,

dont les constants sacrifices
nous permirent de mener à
bien nos études de médecine.

Cette thèse leur est
dédiée.

A Monsieur JACQUES DECROIX

l'ami de tous les jours,

En remerciement de sa générosité
et de ses encouragements.

A Monsieur le Professeur R. MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,

Chef du Service de Gynéco-obstétrique
du C.M.C. Foch.

Il nous a accueilli dans son service et prodigué un enseignement précieux qui fut décisif dans le choix de notre carrière.

Que cette thèse, dont il nous a inspiré le sujet et fait l'honneur d'accepter la présidence, soit un faible témoignage de notre respectueuse admiration et de notre profond attachement.

A Monsieur le Docteur LEVY

Professeur Agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris

Riche d'uneimmense expérience,
il nous fit connaître et aimer
la pathologie obstétricale.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expréssion de notre profonde
et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur MELCHIOR

Auprès de qui nous avons appris
la valeur de l'acte obstétrical
parfaitement exécuté.

Qu'il veuille bien agréer
l'expression de notre profon-
de sympathie.

A Monsieur le Docteur P. CHADEYRON

A Monsieur le Docteur A. NICOLAS

En remerciement de leur aide précieuse et avisée.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueuse et sincère amitié.

A Monsieur le Docteur G. BAUDRY

Gynécologue - Accoucheur du Centre Hospitalier de Corbeil-Essonnes.

A Monsieur le Docteur F. CABY

Chef du Service de Chirurgie du Centre Hospitalier de Corbeil-Essonnes.

Ils nous ont accueilli dans leurs services et conduit vers une obstétrique sure et précise.

Leur exemple fut pour nous un guide précieux.

En témoignage de notre admiration et de notre gratitude.

Au Docteur J.P.GUILLAUMIN

Gynécologue accoucheur du Centre Hospitalier de Saint-Denis.

Il nous a prodigué sans cesse une constante bienveillance et une indulgente compréhension.

En remerciement de l'enseignement précieux reçu dans son service.

A Mademoiselle le Docteur M. LAMY

A Monsieur le Docteur J. MERY

A tous nos Maîtres d'externat et
Professeurs de Faculté.

En remerciement de leur
enseignement.

A Mademoiselle Y. LAVOLE

Dont le dévouement nous permit
la réalisation de cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance et de notre affection.

A Mesdames les Sages-Femmes

Elles ont guidé nos premiers pas
sur les sentiers de l'Obstétrique.

Elles sont pour nous un exemple de
courage et de générosité.

PLACE DE LA CESARIENNE

DANS LES PRESENTATIONS DU SIEGE

" La Césarienne, cette opération spectaculaire mise entre trop de mains, amie de la paresse et protégée de la Sécurité Sociale, rengorgement du médiocre, a pour conséquences minimales, à supposer qu'elle ait été bien exécutée, la création d'une cicatrice utérine, d'une cicatrice abdominale, la limitation des naissances futures.

Si les services qu 'elle a rendus sont immenses, il faut cependant la circonscrire dans des limites raisonnables. Elle ne doit jamais être seulement une solution de facilité."

Professeur R. MERGER

L'accouchement du foetus en présentation du siège a toujours été un problème important pour les accoucheurs.

Le taux élevé de la mortalité foetale a même fait douter certains de l'eutocie de cette présentation.

L'évolution des moyens de la thérapeutique obstétricale depuis le début du siècle a cependant permis d'abaisser considérablement les chiffres de mortalité.

Tout a été préconisé pour l'accouchement du siège depuis l'expectative pure jusqu'à la césarienne en passant par la grande extraction systématique. En fait, trois évènements importants sont venus modifier le pronostic foetal : l'avènement de la Césarienne segmentaire, la régression du nombre et de l'importance des dystocies, les progrès des traitements médicaux.

I - LA CESARIENNE SEGMENTAIRE

Jusqu'en 1920, les accoucheurs n'avaient à leur disposition pour traiter les dystocies que les seules ressources mécaniques des manoeuvres manuelles ou instrumentales de la voie basse.

En 1921, SCHICKELE introduit en France la Césarienne segmentaire venue d'Allemagne où Franck, Sellheim et Doederlein l'avaient mise au point.

Les premières indications de la Césarienne se limitent presqu'exclusivement à la dystocie. Ce n'est qu'en 1934, dans une communication faite

à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Lyon que l'on trouve rapportée par Voroin et Brochier l'observation d'une "Césarienne basse pour présentation du siège chez une primipare à bassin suffisant, mais gros enfant".

Jusqu'alors, les auteurs ne signalaient pas cette indication. Brindeau n'en parlait pas dans sa leçon de Tarnier en 1927; quant à Keller il classait au rang des raretés les indications de Césarienne dans les présentations du siège.

En 1935, Andérodias et Péry à Bordeaux, Brindeau et Lantuéjoul à Paris, posent les indications de la Césarienne et situent la place qu'elle doit occuper dans l'accouchement en présentation du siège. Mais déjà ils soulignent que "la Césarienne, malgré sa relative bénignité comporte des risques non négligeables et il faudra la réserver à un certain nombre de cas bien choisis, car la présentation du siège ne constitue pas à elle seule une indication suffisante de la Césarienne segmentaire".

Ces auteurs choisissent la solution chirurgicale dans:

. les disproportions foeto-pelviennes, soit à cause de bassins rétrécis, soit à cause de gros foetus.

. Les cas d'obstacles praevia

. Chez la primipare âgée.

Mais déjà la dystocie dynamique retient toute leur attention.

" Le seul fait de trouver une présentation du siège chez une primipare doit faire soupçonner une anomalie anatomique ou physiologique de l'utérus; cette présentation est le témoin d'un élément qui va conditionner le pronostic. Le problème de la conduite à tenir apparait alors comme d'ordre général. Si le travail est anormal, les contractions utérines irrégulières, la dila-

tation pénible, la rupture de la poche des eaux précoce, si le siège reste élevé, c'est la confirmation d'une anomalie utérine qu'avait déjà fait soupçonner la présentation atypique. La Césarienne devient indispensable si les bruits du coeur se modifient".

Les premières bases de l'épreuve dynamique du travail étaient jetées. Mais alors que cette épreuve est pour ces auteurs une simple expectative passive, elle est devenue grâce à la perfusion d'ocytine une méthode de direction active du travail. L'épreuve dynamique du travail permet de juger avec plus de précision, et surtout de juger plus rapidement de la valeur du travail.

Depuis cette date, 1935, les idées ont continué à évoluer et les indications de la Césarienne à s'étendre malgré quelques résistances venues d'accoucheurs prudents qui craignaient non sans raison, de voir l'évolution être un peu trop rapide et l'extension des indications un peu excessive.....

Ne trouve-t-on pas dans la littérature Danoise, un article de Dyre Troll de Copenhague, rapporté par Greenhill dans Year Book de 1961, les phrases suivantes :

" Il est raisonnable d'envisager l'opération Césarienne dans toutes les présentations du siège où le poids du foetus excède 1.000 grammes (Danish Medical Bulletin Juin 60 - p. 117).

II - LA REGRESSION DES DYSTOCIES

1 - Dystocies mécaniques

Il ne nous appartient pas dans ce travail d'en analyser les causes mais seulement d'en observer les conséquences. Les progrès des thérapeutiques médicales et chirurgicales; la précocité des dépistages et même la prophylaxie, ont pratiquement fait disparaître les bassins com-

plètement déformés pour laisser la place à des bassins dits "limites" dont l'étude de la capacité obstétricale pose des problèmes nouveaux.

2 - Dystocies dynamiques et plus particulièrement les anomalies de la contraction utérine ont vu leur nombre et leurs effets considérablement diminués depuis l'emploi judicieux des ocytociques et des antispasmodiques.

Introduite en France en 1950 par Monsieur Varangot, la perfusion intra-veineuse de post-hypophyse fut immédiatement adoptée par Monsieur Merger qui rapidement en codifie l'emploi.

Dès 1951, les premiers essais sont faits dans les cas de dystocie dynamique au cours de l'accouchement en présentation du siège. On s'aperçoit rapidement de l'intérêt de cette méthode qui permet, non seulement de juger de la valeur du travail, mais aussi de résoudre bien des problèmes dynamiques.

Fait curieux, les auteurs américains promoteurs de la perfusion, ne semblent pas l'avoir appliquée dans la présentation du siège: Greenhill n'en parle pas dans son traité d'obstétrique; Goethals ne la cite pas dans son article de l'A.J. O.G. de 1956. Le même mutisme s'observe chez les auteurs allemands.

III - LES PROGRES DES TRAITEMENTS MEDICAUX

1 - Les antibiotiques

Une femme sur 17 mourait d'infection puerpérale, écrit Tarnier en 1856.

Les premières Césariennes, sont grévées d'un lourd pourcentage de mortalité maternelle quelle que soit la rigueur de la technique employée. On comprend la réserve de nos devanciers.

Il n'est qu'à remarquer la régression du nombre de lits d'isolement d'un service de maternité pour juger de l'importance du traitement antibiotique.

Nous n'avons plus, depuis leur emploi le même respect de l'intégrité de l'oeuf et la rupture artificielle des membranes "tempestive" permet de raccourcir considérablement la durée du travail et partant, d'améliorer le pronostic tant foetal que maternel.

2 - La surveillance du nouveau-né

Dans les pays de civilisation dite "occidentale", la mortalité infantile a considérablement diminué. En France, de 16,1 °/₀ en 1900 elle est tombée à 4,1 en 1952 et a 2,9 en 1957. Mais, fait capital, la régression est inégalement répartie. Elle a porté essentiellement sur les nourrissons de plus d'un mois, mettant en lumière par contraste, le taux encore élevé de la mortalité néonatale. Il est vrai qu'à elle seule, la mortalité de la première semaine est extrêmement importante, puisqu'elle prend à son compte 35°/₀ des décès survenant au cours de la première année (M. Lelong).

Le grand progrès de ces dernières années a été l'élaboration progressive d'une conception plus exacte du nouveau-né.

On s'est aperçu que le nouveau-né à la naissance n'était pas réellement neuf, mais déjà vieux de neuf mois. La naissance n'étant qu'un changement brutal de milieu, le nouveau-né peut très bien trainer derrière lui tout un cortège pathologique et naître déjà malade, diminué ou moribond.

Ainsi, le raccourcissement de la durée du travail, le recours opportun à la voie haute,

la disparition presque totale des manoeuvres obstétricales, ont réduit l'incidence du traumatisme obstétrical. Une meilleure connaissance de la physiopathologie du nouveau-né est venue renforcer les moyens mis à la disposition de l'accoucheur pour améliorer le pronostic des premières semaines et franchir ce cap difficile.

1er CHAPITRE

ANALYSE DES DOSSIERS

A - MATERIEL D'ETUDE

Au cours des douze dernières années de 1950 à 1961, sur un nombre total de 24.259 accouchements nous relevons 820 présentations du siège soit environ 3,4 °/₀.

Nous n'avons pas retenu les présentations du siège des grossesses gemellaires, la cause de la dystocie, quand elle existe, relevant plus alors de la surdistension utérine que du mode de présentation.

Sur ces 820 présentations pelviennes, nous sommes intervenus 84 fois par voie haute ce qui donne un taux brut de 10,2 °/₀.

Les 84 dossiers que nous allons étudier portent sur 47 primipares et 37 multipares; 50 fois il s'agissait de sièges décomplétés mode des fesses, 34 fois de sièges complets.

Bien que le nombre des sièges décomplétés soit 1 fois ½ plus élevé que le chiffre des sièges complets, il ne nous parait pas possible de lui attribuer un caractère péjoratif. Peut-être favorise-t-il moins la grande extraction et rend la manoeuvre plus difficile, mais il ne favorise surement pas la dystocie.

" La conduite à tenir dans l'accouchement en présentation du siège est sensiblement le même quel que soit le mode (Coréa da Costa)."

1er CHAPITRE

ANALYSE DES DOSSIERS

A - MATERIEL D'ETUDE

Au cours des douze dernières années de 1950 à 1961, sur un nombre total de 24.259 accouchements nous relevons 820 présentations du siège soit environ 3,4 %.

Nous n'avons pas retenu les présentations du siège des grossesses gemellaires, la cause de la dystocie, quand elle existe, relevant plus alors de la surdistension utérine que du mode de présentation.

Sur ces 820 présentations pelviennes, nous sommes intervenus 84 fois par voie haute ce qui donne un taux brut de 10,2 %.

Les 84 dossiers que nous allons étudier portent sur 47 primipares et 37 multipares; 50 fois il s'agissait de sièges décomplétés mode des fesses, 34 fois de sièges complets.

Bien que le nombre des sièges décomplétés soit 1 fois ½ plus élevé que le chiffre des sièges complets, il ne nous parait pas possible de lui attribuer un caractère péjoratif. Peut-être favorise-t-il moins la grande extraction et rend la manoeuvre plus difficile, mais il ne favorise surement pas la dystocie.

" La conduite à tenir dans l'accouchement en présentation du siège est sensiblement le même quel que soit le mode (Coréa da Costa)."

A ce chiffre brut d'une Césarienne pour 10 présentations du siège, il faut apporter immédiatement une correction, c'est à dire, éliminer les cas où l'intervention par voie haute fut imposée par des impératifs n'ayant aucun rapport avec le mode de présentation.

Nous trouvons :

. 5 cas d'obstacles praevia

. 4 cas de bassins très asymétriques

. 4 cas particuliers.

1 - Les obstacles praevia

a - Nous avons relevé 3 cas de placenta praevia survenant tous chez des multipares.

Recouvrants ou non, l'importance de l'hémorragie en tout début de travail nous a obligé à intervenir par voie haute.

Bien entendu, nous n'avons jamais cherché à pratiquer une quelconque manoeuvre par voie basse à visée hémostatique.

Dans deux cas, la Césarienne fut faite sans incidents, l'hémorragie facilement compensée.

Le 3ème cas fut dramatique et se solda par la mort de la mère et de l'enfant.

Il s'agissait d'un placenta marginal antérieur, implanté sur une cicatrice de Césarienne faite au précédent accouchement. L'hystérotomie fut faite en plein placenta, l'hémorragie abondante péniblement compensée par plus de 2 litres de sang.

Trois heures après, survenait une nouvelle hémorragie qui s'extériorisait par la vulve et, malgré des injections répétées d'ocytociques, il fallut faire une hystérectomie d'hémostase

dans des conditions peu satisfaisantes.

Quelques heures après cette deuxième intervention, la mère mourait malgré des soins attentifs de réanimation. L'énfant était décédé de syncope brutale 6 heures après sa naissance.

Peut-être s'agissait-il de fibrinolyse, nous étions alors en 1950 et aucun examen ne fut pratiqué pour fonder ce diagnostic rétrospectif.

b - Deux fibromes praevia survenant chez deux primipares de 26 et 27 ans nous imposèrent la voie haute. La Césarienne fut suivie une fois de myomectomie, l'autre fois d'hystérectomie, l'énucléation du myome volumineux ayant ouvert largement la cavité utérine.

2 - Les bassins de valeur obstétricale nulle

Il s'agissait dans les 4 cas de bassins chirurgicaux : 2 luxations congénitales de la hanche, une coxalgie et une poliomyélite.

Les déformations cliniques et radiologiques ne permettaient pas le moindre espoir d'accouchement par les voies naturelles, même s'il se fût agi d'une présentation céphalique.

3 - Les causes particulières comprennent :

- une incompatibilité sanguine foeto-maternelle; cette iso-immunisation ayant déjà entrainé la mort des 3ème et 4ème enfants de la fratrie. Nous avons donc jugé indispensable de pratiquer une Césarienne, un peut avant le 8ème mois; grâce à cet accouchement prématuré, et à deux exsanguino-transfusion l'enfant put être sauvé.

- un cas de syndrome abdominal aigu où nous pensions avoir à faire à une crise d'appendicite aiguë. Nous étions au 8ème mois d'une gestation parfaitement normale jusque là. Après avoir

extrait l'enfant, nous avons vérifié l'appendice qui se révéla parfaitement normal. Il s'agissait simplement d'une pyélite droite.

- Un cas d'antécédents de rupture utérine lors de la grossesse précédente. Il s'agissait d'un utérus bicorne où on avait pratiqué une résection de la cloison. L'absence de renseignements précis sur l'intervention et sur les suites opératoires ne nous permettait pas d'accorder une confiance absolue à cette suture utérine, et nous avons préféré un accouchement par voie haute.

- Enfin, un cas d'antécédents de Césarienne corporéale où là encore, connaissant la mauvaise qualité de ces cicatrices, la prudence nous imposait la Césarienne itérative qui fut segmentaire.

Voici donc 13 dossiers que nous pouvons éliminer de notre étude. Le chiffre corrigé est alors de 71 Césariennes pour 820 présentations du siège soit 8,7 °/₀.

B - LES RESULTATS

Nous allons maintenant étudier et grouper par ordre de fréquence les indications des Césariennes. Le nombre total des indications sera supérieur au nombre d'interventions, ce qui prouve que souvent plusieurs facteurs sont intervenus dans notre décision du choix de la voie haute. Par exemple association de malformations utérines et de bassins rétrécis, ou primipare âgée et terme dépassé.

Et il arrive souvent que plusieurs causes limites, qui à elles seules, n'emporteraient pas la décision, se trouvant réunies prennent autant de valeur qu'une indication absolue.

1 - Les dystocies osseuses viennent en tête de nos indications opératoires.

Si dans un bassin limite nous préconisons une épreuve de travail en cas de présentation du sommet, il ne saurait en être question dans les présentations du siège, puisque pour nous, le critère de réussite de cette épreuve est l'engagement du pôle céphalique.

Accepter comme favorable une épreuve du travail qui permettrait l'engagement du pôle pelvien serait aller au devant des pires ennuis quant à l'accouchement de la tête dernière.

C'est pourquoi en cas de dystocie osseuse, ne disposant pas d'équivalent de l'épreuve du travail, pour les présentations du siège, nous préférons la voie haute avant tout début de travail.

Nous relevons dans notre statistique 20 indications opératoires pour bassin rétréci c'est à dire:

- promontoire atteint à bout de doigt par le toucher vaginal, évaluant un P.S.P. inférieur à 10,5 cm.

- Lignes innominées suivies sur toute leur longueur.

- Redressement de la courbe de l'arc antérieur du bassin.

Les nuances entre bassin transversalement rétréci et bassin aplati où la tête évoluerait mieux, ne sont plus de mise dans l'obstétrique actuelle. Nous ne voulons pas faire courir au foetus le risque d'une grande extraction pour raison mécanique, ou celui d'une manoeuvre difficile pour l'accouchement de la tête dernière.

2 - Les utérus cicatriciels. Ils sont intervenus 14 fois dans notre décision d'intervention par voie haute.

Nous avons pratiqué une Césarienne de principe avant tout début de travail sur des utérus cicatriciels parce qu'associés à:

. des bassins limites, 3 cas

. des gros foetus, 3 cas également. Le poids de naissance étant respectivement de 4.110, 4.240 et 4.400 g.

. des antécédents de morts foetales, 1 cas;

. un non déclenchement après 12 heures de rupture spontanée des membranes;

. une périnéorraphie faite 2 ans auparavant;

. enfin, une fois parce que la femme avait déjà subi 3 Césariennes antérieurement.

Une fois l'utérus cicatriciel ne s'associait à aucune autre dystocie, mais nous avons préféré la Césarienne itérative, ignorant les raisons qui avaient imposé la voie haute à l'accouchement précédent, de plus les suites opératoires ne semblaient pas avoir été sans ennuis.

Enfin, nous avons déjà parlé des Césariennes itératives pour :

. placenta praevia, qui fut dramatique;

. corporéale antérieure;

. antécédents de rupture utérine.

3 - La primipare âgée entre pour 11 indications dans notre statistique.

Nous n'entendons par primipare âgée, des femmes, primigestes ou non, dont l'âge est supérieur à 35 ans.

- 4 fois, il s'agissait tout simplement de femmes de 36 ans, 39 ans, 41 ans et même 44 ans.

- 7 fois en plus de leur âge, s'ajoutait soit

  . un utérus fibromateux
  . un bassin limite
  . des antécédents vasculaires ayant entrainé une amaurose transitoire
  . et surtout une grossesse prolongée dans 3 cas.

S'il n'est pas surprenant de trouver chez une primipare âgée un utérus fibromateux, il n'est peut être pas fortuit de remarquer 3 dépassements de terme de plus de 15 jours chez de telles femmes. Deux fois d'ailleurs, le poids de l'enfant supérieur à 4.500 g et la taille 54 et 57 cm sont venus confirmer le diagnostic de grossesse prolongée.

4 - Les grossesses prolongées

C'est à dire terme dépassé depuis plus de 15 jours : diagnostic porté après analyse minutieuse de tous les éléments objectifs et subjectifs.

Nous trouvons 11 observations de grossesses prolongées ayant entrainé une Césarienne.

Il s'agissait de 9 primipares, dont 3 avaient plus de 35 ans et de 2 multipares.

Dans 4 cas nous avons tenté de déclencher le travail en associant des moyens mécaniques (décollement au doigt du pôle inférieur de l'oeuf et pose d'une sonde de Kraus) à des moyens pharmacologiques (perfusion intra-veineuse de post hypophyse après préparation par les oestrogènes) sans résultats probants.

Dans les 7 autres cas, les conditions de déclenchement n'étaient pas favorables et nous avons opté d'emblée pour la voie haute.

L'aspect des téguments et surtout la taille et le poids des enfants à la naissance est venu 7 fois confirmer le diagnostic de grossesses prolongées. Un de ces enfants, malgré un poids de 4.100 g et une taille de 53 cm présentait un aspect misérable et fut long à réanimer : plus de 20 minutes. Son développement psycho-moteur fut cependant parfaitement normal ensuite.

5 - La procidence du cordon nous a obligé dans huit cas à intervenir rapidement par voie haute sans attendre des signes patents de souffrance foetale.

Il est évident que cet accident est bien plus fréquent au cours des présentations du siège. Présentation qui reste longtemps haute, mal accomodée, surtout dans les sièges complets, et où la rupture prématurée des membranes est fréquente.

Ce danger d'anoxie n'était peut être pas immédiat, mais la dilatation peu avancée et les circonstances particulières ne nous engageaient pas à trop attendre.

Deux fois, cette procidence est venue compliquer un essai de déclenchement.

Deux fois il s'agissait de primipares ayant respectivement 33 et 41 ans. Trois fois de multipares en tout début de travail.

Enfin, une observation où nous déplorons la mort de l'enfant qui n'a pû être réanimé malgré deux heures de soins. Pourtant il ne s'était écoulé qu'une demi-heure entre la rupture des membranes et l'extraction de l'enfant. Mais il est vrai qu'en plus de la procidence, il existait sur le cordon un noeud serré qui fut surement la cause de l'anoxie.

Ces observations illustrent les difficiles problèmes d'indications thérapeutiques que posent les procidences du cordon.

Une hâte excessive conduit à l'abus de la Césarienne. L'expectative inconsciente peut mener à des catastrophes : soit mort du foetus ou intervention trop tardive sur un foetus compromis.

6 - Les dystocies dynamiques : 9 cas

Depuis 1951, nous traitons les dystocies dynamiques, fréquentes au cours des présentations du siège, par la perfusion intra-veineuse lente de post-hypophyse; et même mieux par les ocytociques synthétiques depuis 1957, associés à des antispasmodiques type Buscopan.

Nous avons appliqué cette méthode 328 fois avec un pourcentage d'échec de 2,1 %.

Nous classons dans les dystocies dynamiques:

- les contractions utérines, courtes, irrégulières peu efficaces;

- l'absence de contractions utérines survenant brutalement : la panne dynamique;

- ou au contraire les hypertonies.

L'obstacle mécanique, les utérus cicatriciels, la grande multiparité étant pour nous les seules contre-indications.

Ainsi, sous perfusion, nous pratiquons une épreuve dynamique du travail qui nous permet dans de brefs délais de choisir le mode de terminaison de l'accouchement. Nous nous expliquerons au chapître suivant sur la façon de juger l'efficacité de cette épreuve.

Dans nos 9 observations d'échec:

- l'une était un essai de déclenchement pour terme dépassé. Le travail avait bien débuté, les contractions utérines étaient franches, régulières, la dilatation du col progressive, satisfaisante,

quand subitement, vers 5 cm, s'installa une panne dynamique rebelle.

Le terme dépassé théoriquement de 25 jours, le foetus semblant gros, nous avons alors opté pour la voie haute. L'enfant cria aussitôt, il pesait 3.900 g, mesurait 52 cm.

Dans les 5 autres cas, la perfusion fut posée à des stades de dilatation variant entre 2 et 5 cm. Après une surveillance de la marche du travail pendant 2 heures en moyenne, devant le peu de résultats obtenus, les malades furent conduites en salle d'opération. Il s'agissait de 3 primipares et de 2 multipares.

Le poids des enfants nous fournit dans 3 cas des renseignements sur la cause de la dystocie, il s'agissait de gros foetus pesant plus de 4.000 g.

Deux fois les enfants étaient de poids normal, la grossesse était à terme, le bassin apparemment normal, mais l'utérus était hypotrophique, cylindrique.

Enfin, il reste 3 cas où nous n'avons pas posé de perfusion. Nous nous sommes bornés à une simple expectative et ce n'est qu'après plus de 24 heures de travail que nous avons pratiqué la Césarienne.

La comparaison entre ces deux méthodes est riche d'enseignements. Dans un cas nous attendons simplement que le temps joue son rôle et permette à la longue de pallier à la dystocie. Dans l'autre cas, au contraire, nous substituons à l'attitude passive une attitude active où la perfusion joue un rôle de premier plan.

7 - Les malformations et tumeurs de l'utérus : nous en relevons 7 cas.

- 5 fois, il s'agissait de malformations de l'utérus (bicorne ou cordiforme);

- 2 fois d'utérus fibromateux;

Anomalies qui furent vraisemblablement responsables de cette présentation atypique.

La Césarienne dans les utérus mal formés s'imposait car:

- dans 2 cas elle avait déjà été pratiquée une fois auparavant;

- dans 2 autres cas, l'hystérotomie nous permis de faire une résection de la cloison ou de l'éperon;

- enfin, dans un dernier cas, des antécédents obstétricaux de fausses couches à répétition et d'accouchements prématurés d'enfants non viables nous imposaient une extrême prudence.

Quant aux utérus cylindriques souvent responsables de dyscinésie nous les avons groupés avec les dystocies dynamiques.

- Deux fois nous avons trouvé des utérus fibromateux, sans que ces tumeurs forment un obstacle praevia. Il s'agissait dans les deux cas de primipares de 33 et 37 ans et ce fait justifiait presque à lui seul l'intervention. Nous avons pu faire une myomectomie dans le même temps opératoire que la Césarienne, chez chacune des deux femmes.

8 - Les gros foetus

Nous avons porté 6 fois l'indication de Césarienne pour gros foetus dans des bassins normaux. En fait, 5 fois le diagnostic s'est trouvé vérifié puisque le poids des enfants s'échelonnait entre 4.200 et 4.750 g.

La 6ème indication est discutable puisque l'enfant pesait 3.700 g.

Mais on connait les difficultés d'estimation du volume foetal in utero, surtout en présentation du siège. Ni la H.U. ni la circonférence abdominale ne donnent de renseignements précis. Signalons à titre d'exemple que la H.U. de la mère qui accoucha du foetus de 4.750 g n'était que de 36 cm.

La radio est d'interprétation difficile comme le dit fort justement Josselin dans sa thèse faite en 1957 dans le service du Professeur Lacomme." Dans la présentation du siège où la crâniométrie serait d'un intérêt majeur on se heurte à une impossibilité absolue du fait de la mobilité de la tête et de l'imprécision de sa situation qui en résulte".

9 - Les lésions périnéales

2 fois nous avons préféré la Césarienne à la voie basse pour des femmes qui avaient été opérées de lésions périnéales.

La première nous apprit seulement que lors du précédent accouchement elle "avait été déchirée". Il devait s'agir ue déchirure grave puisque 1 an après on l'avait opérée dans un service parisien pour fistules recto-vaginales. Ce périnée très cicatriciel ne pouvait qu'occasionner des ennuis graves que nous avons voulu éviter.

La deuxième à la suite d'une déchirure complète compliquée à son premier accouchement avait subi une Césarienne pour son deuxième accouchement. Nous avons opté pour la même voie devant cet utérus et ce périnée cicatriciels.

Voici donc brièvement analysées les 71 observations de Césariennes pratiquées pour présentation du siège au C.M.C. Foch, au cours des douze dernières années.

- Dystocies osseuses 22,7% des indications.
- Utérus cicatriciels 16%
- Primipares âgées 12,5%
- Termes dépassés 12,5%
- Dystocies dynamiques 10,2%
- Procidence du cordon 9 %
- Malformations et tumeurs de l'utérus 7,9%
- Gros foetus 6,8%
- Lésions périnéales 2,3%

Indications	I.P	X.P	Total
Terme dépassé	9	2	11
Procidence du cordon	4	3	7
Myomes	4	-	4
Dystocies dynamiques	4	3	7
Gros foetus	4	2	6
Placenta praevia	-	3	3

Répartition des indications selon la parité.

Au cours de ces douze dernières années, nous avons assisté à l'évolution des idées concernant les méthodes d'accouchement des présentations du siège.

La comparaison de deux périodes, 1950 à 1954 et 1955 à 1961, va mettre en évidence:

1 - La régression des manoeuvres par voie basse:grande extraction en particulier.

2 - La diminution de la mortalité foetale au cours du travail.

3 - La faible augmentation du nombre des opérations Césariennes.

Les modifications de notre conduite ne nous sont pas dictées par une question de mode qui vise à faire appliquer les dernières nouveautés mais par une question de sécurité.

- Sécurité maternelle dont le pronostic vital n'est que rarement mis en jeu, mais dont le pronostic obstétrical est trop souvent menacé par le handicap d'une cicatrice utérine.

- Sécurité foetale par la recherche de méthodes d'accouchement le moins traumatique possible.

Tel doit être le double but que l'accoucheur doit s'efforcer d'atteindre.

	Nbre de sièges	G . E .		MORTALITE Travail 24 prem. h.		Pendant 10 prem.J.		TRAUMAT. REANIMAT. 10'		CESARIENNE	
De 1950 à 1954	300	40	13,3%	11	3,7%	2	0,6%	23	7%	24	8%
De 1955 à 1961	520	28	5,4	4	0,8	4	0,8	21	4	60	11,5
	820	68	8,3	15	1,8	6	0,7	44	5,4	84	10,2

	G.E.	TRAUMA.	REANIM 10'	MORTS EN TRAVAIL
1950 à 1954	40	4	5	6
1955 à 1961	28	2	3	3

Importance de la G.E. dans la morbidité et mortalité foetale.

	Total d'accouchements	Sièges	Perfusion	Extraction	Césarienne pour siège	Traumat.ou réanimation 10'	Morts(1) Trav. et prem.h.	Morts au cours 10 prem.jours
1950	1134	31	1	7	7	1	1	0
1951	1856	60	3	11	4	9	3	2
1952	2028	73	6	13	4	6	3	0
1953	2023	61	11	4	5	4	3	0
1954	2150	75	28	5	4	3	1	0
1955	2172	77	45	4	6	0	1	0
1956	2255	61	23	7	3	4	0	1
1957	2186	67	31	1	8	3	0	1
1958	2401	96	49	7	10	4	0	0
1959	2288	73	33	8	13	5	2	1
1960	2242	70	49	0	11	2	1	1
1961	2194	75	49	1	9	3	0	0

1 - Diminution du taux des grandes extractions qui passe de 13,3 °/₀ à 5,4 °/₀ (Vermelin 15 °/₀ - Dieckmann 43,2 °/₀).

Les accouchements de jumeaux en présentation du siège ont été exclus de notre statistique.

Ce chiffre brut de 5,4 °/₀ de grandes extractions est encore très élevé, mais il faut savoir que le C.M.C. Foch est un centre d'enseignement où les accouchements peuvent être faits aussi bien par le chef de service que par les assistants, les internes et les externes. Le choix du mode d'accouchement varie évidemment avec l'expérience de chacun, et il n'est pas question de critiquer ici la valeur des différentes indications.

Par exemple, les chiffres élevés de grandes extractions au cours de certaines années récentes, sont à mettre sur le compte de l'appétit d'entrainement des jeunes équipes.

De toutes façons, la grande extraction garde encore quelques rares indications : par exemple terminer rapidement un accouchement alors qu'apparaissent des signes de souffrance foetale ou de fatigue maternelle, et que toutes les conditions requises pour son exécution sont remplies.

La technique de la G.E. a été parfaitement décrite par Brindeau et Lantuéjoul. Granjon et Henrion lui ont apporté l'appui des techniques anesthésiques récentes.

2 - Diminution de la morbidité et de la mortalité infantile.

Les traumatismes ou les réanimations longues, supérieures à 10', passent de 7 à 4 °/₀. Et nous voyons que la grande extraction prend en compte la quasi totalité des fractures, 6 sur 8 observées. Au total, sur 68 grandes extractions, nous avons eu 6 fractures, une élongation du plexus brachial, 8 réanimations pénibles.

La mortalité foetale est passée de 4,3 à 1,6°/₀. Et là encore, le rôle de la grande extraction se manifeste par 9 décès sur 15 au total. Notons qu'au cours des 84 Césariennes faites dans le service, nous avons eu 2 décès, soit 2,3°/₀ un enfant de 3.200 g, non réanimé, un autre mort de syncope brutale à la 7ème heure.

Quant au pronostic maternel, il est relativement bon puisque nous n'avons eu qu'un décès et 3 phlébites des membres inférieurs guéries sans complications.

3 - Augmentation du nombre des Césariennes dont le taux passe de 8 à 11,5°/₀.

Le taux moyen corrigé de 8,7°/₀ est un peu inférieur à celui des auteurs français mais surtout nettement inférieur à celui des Anglo-saxons. Cette différence est dûe :

1- à la thérapeutique active des dystocies dynamiques que permet la perfusion d'ocytocine.

2 - à l'esprit de système qui anime les auteurs Anglo-Saxons. En effet ces derniers voient un critère absolu dans les données de la radio-pelvimétrie.

Il est assez difficile d'analyser les causes de l'augmentation du nombre des Césariennes au cours de ces dernières années. Ce sont :

- la crainte de la grande extraction pour raison mécanique;

- l'augmentation croissante du nombre des utérus cicatriciels;

- les données mêmes de l'épreuve dynamique du travail qui en nous limitant dans le délai d'attente, nous oblige parfois à intervenir trop tôt. C'est le revers d'une méthode qui par ailleurs présente des avantages incomparables et qui de toutes façons ne conduit pas aux abus.

2ème CHAPITRE

LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE

De nombreuses techniques ont été proposées pour diriger un accouchement en présentation du siège. Leur variété rend compte de leur imperfection. De toutes façons quelle que soit la technique employée, il est un certain nombre de cas auxquels seule la voie haute peut donner des résultats satisfaisants.

La difficulté est de reconnaître des cas et de ne pas multiplier les indications de Césarienne, ce qui améliorerait certainement les résultats quant au foetus, mais grèverait lourdement le pronostic maternel sur une longue série.

Tantôt, on a recours à la Césarienne d'emblée, soit avant tout début de travail, soit à l'extrême début; tantôt au contraire, la décision de voie haute n'est prise que secondairement alors que le travail est déjà plus ou moins avancé, parce qu'apparait l'élément dynamique jusque là imprévisible.

Les Césariennes décidées d'emblée peuvent l'être en raison d'un rétrécissement pelvien, d'un excès de volume foetal, d'un terme franchement dépassé, ou bien encore du fait de conditions particulières : primipare âgée, antécédents de morts foetales per partum au cours des précédents accouchements, ou bien encore du fait d'antécédents chirurgicaux portant sur l'utérus ou sur le périnée.

Les décisions prises secondairement au cours du travail seront portées soit après échec de l'épreuve dynamique du travail soit pour souffrance foetale ou bien encore pour apparition de compli-

cations du côté maternel : hémorragies, à coups hypertensifs, fatigue excessive.

I - LE RETRECISSEMENT PELVIEN

constitue une des indications les plus fréquentes de la voie haute. Aussi, l'exploration attentive et complète du bassin constitue-t-elle un temps capital avant de prendre la décision "d'accepter" l'accouchement par les voies naturelles.

Comme nous l'avons dit au début de cette thèse, nous ne rencontrons plus guère de bassins très déformés. Ils ont cédé leur place et leur intérêt à des angusties pelviennes de degré mineur qui, le plus souvent ne font pas obstacle à l'accouchement, mais en modifient le mécanisme et peuvent même intervenir dans la pathogénie des diverses dyscinésies utérines.

C'est par le toucher mensurateur dont la technique a été définie par Commandeur, que l'on évalue les dimensions des diamètres antéro-postérieurs. Mais l'examen pour être complet, doit encore évaluer le diamètre transversal, la forme des arcs antérieur et postérieur, la hauteur de l'excavation. Car une concavité sacrée peu satisfaisante, des épines sciatiques saillantes, une ogive pubienne trop fermée, sont des facteurs défavorables pour l'évolution de l'accouchement de la tête dernière.

Parfois l'examen clinique est rendu difficile soit du fait de la résistance des parties molles, soit du fait d'une excessive sensibilité; aussi ne pas hésiter à pratiquer cet examen capital après administration d'anti-spasmodiques.

La valeur de la radiopelvimétrie, est très diversement appréciée. Certains, comme les Américains, lui accordent une valeur pronostique primordiale estimant que les erreurs de mesure commises ne peuvent dépasser 2 à 3 mm.

Goethals, au Lying in hospital de Boston, ajoute que l'usage systématique des radiopelvimétries a fait passer les indications de Césarienne chez la primipare de 6 à 11 °/₀, mais qu'il n'en est jamais résulté une seule mort foetale par fausse approximation des proportions foeto-pelviennes.

Il est indiscutable qu'associée à la pelvimétrie clinique, la radiopelvimétrie peut fournir des renseignements précieux sur la forme et la capacité théorique d'un bassin. Mais elle ne fournit que des renseignements statiques, et l'on connait l'importance de l'élément dynamique surtout en matière de présentation du siège.

En résumé, tout bassin qui après un examen soigneux clinique et radiologique, est déclaré limite, et qui imposerait en présentation du sommet une épreuve de travail, doit faire l'objet d'une indication de Césarienne si le foetus de taille normale se trouve en présentation du siège. Car ce qu'il convient d'éviter par dessus tout, c'est d'avoir à exécuter une quelconque manoeuvre, grande extraction, en particulier,dans un bassin étroit.

Il faut cependant rester objectif au cours de cet examen, et ne pas se laisser impressionner par un certain pessimisme que peut susciter ce mode de présentation.

II - EXCES DE VOLUME FOETAL

L'excès de volume foetal dans un bassin normal, rejoint le cas précédent, et entre dans le cadre des disproportions foeto-pelviennes.

Cet excès de volume constitue indiscutablement un facteur de gravité de la présentation du siège surtout dans le mode décomplété. La descente du pôle pelvien sera gênée au maximum par la limitation de l'inflexion du tronc. Le relèvement des bras est particulièrement fréquent et de

correction spécialement difficile. Enfin l'accouchement de la tête dernière est susceptible de nécessiter des manoeuvres périlleuses. Si on ajoute à ces dangers la fragilité relative de ces gros enfants, on mesure combien le pronostic foetal risque d'être défavorable.

La difficulté est d'apprécier in utero le volume du foetus. Ni la hauteur utérine qui tient compte de l'épaisseur de la paroi, de la quantité de liquide, du degré d'engagement, ni la mesure de la circonférence abdominale n'ont une valeur rigoureuse.

La céphalométrie externe de Perret a pratiquement perdu tout crédit. La céphalométrie radiologique est particulièrement délicate lorsqu'il s'agit d'une présentation du siège et qu'on ne peut connaître exactement l'incidence sous laquelle se présente la tête.

Bien qu'aucune de ces données n'ait de valeur absolue, il faudra pourtant sur les seules constatations cliniques le plus souvent, essayer de se faire une idée approximative du volume foetal et accepter avec humilité les surprises d'erreurs grossières commises même par les cliniciens les plus avertis.

Il faut tenir compte du cas particulier des gros foetus chez les femmes obèses et élargir pour elles le cadre des indications de la Césarienne.

En effet, la valeur de la paroi musculaire abdominale est pratiquement nulle, les contractions utérines souvent irrégulières, peu efficaces, l'oedème périnéal expose à des déchirures graves, enfin la profondeur des voies génitales rend les manoeuvres encore plus mal aisées. Cet ensemble de facteurs péjoratifs doit entrer en ligne de compte et être parfaitement évalué avant d'accepter un accouchement par voie basse.

III - LES GROSSESSES PROLONGEES

Actuellement, on en pose trop souvent le diagnostic sans preuves suffisantes. Aussi insisterons nous encore sur la rigueur de l'analyse clinique, biologique, radiologique qui doit présider au diagnostic de dépassement du terme.

Les problèmes sont déjà ardus en cas de présentation du sommet, où, bien souvent, après échec du déclenchement, surtout chez la primipare on doit se résoudre à pratiquer une Césarienne.

Dans la présentation du siège, où les conditions sont loins d'être optima, présentation haute, col mal sollicité, souvent rigide et fermé, le déclenchement est assez peu tentant et n'est pas sans dangers.

Alors, mieux vaut recourir, si on veut faire quelque chose, à la voie haute d'emblée et ne pas exposer le foetus déjà fragilisé par cette prolongation de grossesse, au traumatisme supplémentaire que représente l'accouchement en présentation du siège.

Chez la multipare, le problème se pose un peu différemment et on pourra essayer de déclencher, par les moyens habituels, l'accouchement par voie basse. Mais il faut se préparer à intervenir par voie haute dès que se profilera la moindre ombre de dystocie, ou en cas d'échec du déclenchement du travail.

IV - LES UTERUS CICATRICIELS

La surveillance du travail de l'utérus cicatriciel est un des problèmes les plus difficiles de l'obstétrique moderne. C'est d'ailleurs un chapître créé de toute pièce par la thérapeutique.

En général, les cicatrices utérines sont de bonne qualité, exception faite de celles de la Césarienne corporéale.

Cependant, si nous acceptons volontiers de laisser évoluer par voie basse un accouchement en présentation du sommet, il n'en est pas tout à fait de même pour les présentations du siège.

1 - Chez la femme n'ayant pas encore d'enfants vivants, nous pensons que la Césarienne de principe s'impose dans la plupart des cas comme solution de prudence, quelles qu'aient été les motifs de la première intervention : plastie tubaire ou utérine, myomectomies. Dans ces cas en effet, il s'agit souvent de femmes déjà âgées, ayant un passé obstétrical décevant : longs traitements pour stérilité, avortements ou accouchements prématurés et il importe de leur assurer un enfant parfaitement viable.

2 - Chez les femmes ayant déjà subi plusieurs Césariennes, nous préférons aussi la voie haute.

3 - Enfin, chez les femmes ayant déjà eu des accouchements par voie basse,, l'accouchement par les voies naturelles est possible après analyse sérieuse des antécédents obstétricaux.

Il faudra tenir compte :

. de la cause de la première intervention:

  - les dystocies dynamiques par exemple ont une facheuse tendance à la récidive;
  - un placenta praevia a pu rendre fragile le segment inférieur,

. des circonstances accompagnant cette première intervention

  - possibilité d'infection endo-utérine se traduisant par des suites opératoires fébriles et donnant des cicatrices de moindre valeur (Podvin - Baker).

. quant à la technique employée, il faut en l'absence de compte-rendu, faire confiance au chirurgien qui a pratiqué l'intervention, tout en restant très prudent.

Donc, chez la multipare dans des conditions normales nous pensons que l'on peut laisser évoluer l'accouchement par voie basse sous les conditions suivantes:

- surveillance attentive de l'état de l'utérus, hypertonie ou au contraire inertie;
- recherche minutieuse et répétée de tous signes de rupture évoluant à bas bruits;
- proscriptions des ocytociques;
- épisiotomie;
- vérification de la paroi endo-utérine par exploration digitale après l'accouchement.

L'apparition de la moindre dystocie, ou de signes de choc inexpliqués doivent immédiatement faire poser l'indication de voie haute.

4 - Enfin, dans les cas de myomectomies n'ayant pas ouvert la cavité utérine, ou d'effraction accidentelle de l'utérus, ou encore de "petite Césarienne", pratiquée dans un but d'avortement thérapeutique après le 3ème mois, l'accouchement par voie basse est possible aux mêmes conditions rigoureuses de surveillance qualifiée et permanente.

V - LES LESIONS PERINEALES GRAVES

C'est à dire celles ayant nécessité une réparation du rectum et de son appareil sphinctérien ou après intervention pour lésions urinaires, nous pensons qu'il vaut mieux s'orienter délibérément vers la Césarienne.

Quant aux femmes ayant subi une cure chirurgicale de prolapsus autre que la simple résection du col hypertrophique, leur âge déjà avancé les prédispose en général peu à de nouvelles grossesses. Cependant, si une grossesse intervenait, quelle qu'ait été la technique employée la voie haute serait préférable avant tout début de travail.

Enfin, dans les cas d'anomalies congénitales du périnée consistant en une brièveté de la distance anosymphysaire inférieure à 4 cm (Musset) plutôt que d'exposer ces femmes à des dégats périnéaux importants la solution chirurgicale est là encore préférable.

LES INDICATIONS PRISES AU COURS DU TRAVAIL

A côté des cas où la décision opératoire est prise avant tout début de travail, il est d'autres éventualités ou l'indication est prise secondairement parce qu'apparaissent soit des signes de souffrance foetale, soit des complications du côté maternel, soit enfin parce que la progression du travail ne se fait pas dans des délais satisfaisants malgré un traitement médical correct.

I - LES SIGNES DE SOUFFRANCE FOETALE

Dans la présentation du siège, le mélange de méconium au liquide amniotique étant sans valeur, il faut donc se fier uniquement aux modifications des bruits du coeur foetal. L'auscultation fréquente et attentive s'impose donc encore plus que pour les autres présentations. Mais avant d'affirmer la souffrance du foetus, il faudra s'interdire toute précipitation et exiger des modifications ; et du rythme et de l'intensité survenant en dehors de la contraction utérine, des modifications durables ne cédant pas à l'oxygénothérapie ou aux analeptiques administrés à la mère.

Il importe cependant de ne pas perdre de temps afin de ne pas laisser l'anoxie créer des lésions graves et irréversibles qui rendraient la Césarienne inutile et abusive.

La procidence du cordon dans les présentations du siège ne doit pas être un sujet d'alarme excessif. La compression du cordon est moins à craindre que dans le sommet.

La conduite à tenir dépend de la parité et du degré de la dilatation. Chez la primipare qui n'est pas à dilatation complète, la Césarienne est la solution de sécurité parfaitement admissible. Chez la multipare, si le travail progresse vite et en l'absence de signes de souffrance foetale, l'expectative est une conduite raisonnable. Les procédés modernes d'accouchement dirigé, la protection du cordon, peuvent faire gagner un temps précieux et atteindre ainsi la dilatation complète.

Mais la surveillance des battements du coeur foetal s'impose, permanente, attentive.

Donc, si des modifications valables des bruits du coeur, causés ou non par une procidence du cordon, se produisent alors que la dilatation est incomplète, la Césarienne s'impose afin d'éviter à un foetus hypoxique, le traumatisme supplémentaire que représente l'accouchement par voie basse.

A dilatation complète, la grande extraction trouve là une de ses indications. Si elle est réalisable facilement, elle va permettre de terminer rapidement l'accouchement.

II - LES COMPLICATIONS MATERNELLES

L'accouchement d'un foetus en présentation du siège représente, surtout chez la primipare, un travail long et laborieux exposant à des complications.

Il n'est donc pas rare, chez une femme à l'équilibre vasculaire fragile, c'est à dire présentant un des signes de la triade classique, oedème, protéinurie, T.A. élevée, d'assister à une poussée hypertensive que les moyens médicaux n'arrivent pas à contrôler. Il est alors préférable dans ces cas, d'abréger la durée du travail par une Césarienne, opportune plutôt que d'exposer la mère à des accidents paroxystiques et l'enfant à des risques d'anoxie ou même de mort brutale.

L'épuisement physique maternel, causé par la longueur de la durée du travail est encore une indication rare mais valable d'intervention par voie haute.

Car si dans la présentation du sommet une prise de forceps peut venir pallier à l'insuffisance de coopération maternelle, il n'en est pas de même dans la présentation du siège. Là, l'accouchement recquiert une participation physique et psychique de la mère que rien pas même l'expression abdominale ne peut compenser efficacement. Par contre, la méthode d'accouchement psycho-prophylactique justifie là la valeur importante qu'on lui accorde.

III - LES DYSTOCIES DYNAMIQUES REBELLES AU TRAITEMENT.

Dans un article récent, MM. TORRE et ILLOUZ ont montré l'intérêt indéniable de la perfusion intra-veineuse lente de post-hypophyse dans la présentation du siège. Leurs critères de valeur de cette méthode sont :

- une fréquence accrue des accouchements simples;

- un abaissement notable de la mortalité infantile;

- une régression du taux des Césariennes.

Dans le service du Professeur Merger, nous traitons depuis 1951 les dystocies dynamiques, fréquemment associées à la présentation du siège, par la perfusion intra-veineuse de post hypophyse. Cette épreuve a de plus une valeur pronostique.

Quand les progrès du travail, jugés sur la dilatation, se font régulièrement et sans excès de lenteur (définition générale de l'eutocie) point n'est besoin de la perfusion, si ce n'est à dilatation complète pour écourter la période d'expulsion et remplacer l'expression abdominale intempestive si souvent associée aux manoeuvres sur tête dernière.

Mais si à un moment quelconque du travail s'installe quelque lenteur ou hésitation dans la progression de la dilatation, nous avons recours à cette méthode.

Et alors, deux cas se posent et deux cas seulement :

- ou bien la perfusion donne une progression régulière, relativement rapide et pour tout dire franche : l'accouchement spontané est alors parfaitement eutocique;

- ou bien soit aucun progrès dans la dilatation, soit une dilatation lente, pénible, laborieuse: elle a la même signification qu'une inefficacité totale. Dans les deux cas, c'est la marque d'une dystocie sérieuse qui impose la voie haute.

Ainsi conçue, la perfusion devient une épreuve thérapeutique de valeur pronostique irremplaçable et ne se présente plus comme un traitement de la dernière heure qui, comme certaines manoeuvres obstétricales arrivant trop tard, peuvent difficilement réparer une situation compromise.

Notre attitude s'oppose ainsi à celle de certaines grandes écoles françaises, école Bordelaise en particulier, qui ne veulent pas employer d'ocytociques avant dilatation complète.

Pour nous au contraire, c'est en cours de dilatation que la perfusion d'ocytocine est le plus utile.

Si bien qu'à l'heure actuelle, dans les cas d'accouchements litigieux en présentation du siège, entre le perfusion et la voie haute, il ne reste pratiquement plus de place pour la grande obstétrique manoeuvrière. La grande extraction de sièges devient alors à juste titre exceptionnelle.

Les indications de la Césarienne dans la présentation du siège semblent nombreuses. Mais cette méthode d'accouchement, si elle s'adresse à des cas discutés et sélectionnés avec rigueur reste cependant assez rare.

En effet, rappelons que dans le Service du Professeur Merger, où ces théories sont appliquées, le taux de la Césarienne pour présentation du siège est de 8,7°/₀

C O N C L U S I O N

Le problème de l'accouchement en présentation du siège, à peine posé pour certains, résolu en tout cas sans discussion par tous ceux qui ont adopté l'équation "Primipare + siège = Césarienne", ne peut être envisagé pour nous, accoucheurs avec cette simplicité mathématique.

Désireux d'assumer courageusement nos responsabilités, nous repoussons la tentation d'une solution chirurgicale d'emblée, et nous efforçons de trouver à ce problème quotidien une thérapeutique s'adaptant à chaque cas particulier.

En effet, la présentation du siège, certes moins favorable que celle du sommet, n'en reste pas moins une présentation eutocique.

Au cours de ces dernières années, le pronostic foetal a été grandement amélioré par la suppression de la plupart des manoeuvres traumatisantes et par la Césarienne segmentaire. Mais les indications de voie haute pour cette présentation doivent rester dans des limites raisonnables et être rigoureusement discutées.

Un certain nombre d'interventions sont décidées d'emblée en raison d'un rétrécissement pelvien, d'un excès de volume foetal, ou en raison de circonstances particulières parmi lesquelles l'âge de la femme et les antécédents obstétricaux jouent un rôle de premier plan.

D'autres interventions sont décidées secondairement devant une mauvaise progression du

travail. Le plus souvent d'ailleurs la perfusion intra-veineuse lente d'ocytine permet de corriger ces dystocies dynamiques.

Ainsi, en plus de son rôle curatif, la perfusion d'ocytine, placée tôt au cours du travail est devenue un élément de valeur pronostique irremplaçable dans la présentation du siège.

Vu, le Président de Thèse:

Professeur R. MERGER

Vu, le Doyen de la Faculté:

Professeur L. BINET

Vu, et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris:

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ANDERODIAS et PERY

Les indications de la Césarienne basse dans les présentations du siège.
Gynéco-obstétrique 1935 - 32 - n°2 - p.108.

BRUIDEAU - LANTUEJOUL

Les indications de la Césarienne basse dans les présentations du siège.
Gynéco-obstétrique 1935 - 32 - n° 5 - p. 385.

CORREA DA COSTA

La césarienne dans le traitement de la présentation du siège.
Rev. Gin. Obst. 1958 - 102 - n° 5 - p. 427-430.

COLVIN E.D.

Extension de la Césarienne opposée à sa restriction.
Am. J. Obst. Gynéco. Sept.1952. 64 - n° 3 - p. 473-487.

GOETHALS T.R.

La Césarienne en tant que méthode de choix dans le traitement de la présentation par le siège.
Am. J. Obst. Gyn. Mars 56 - 71 - n° 3 - p. 536.

GRIEFAHN S. et HIEKE A.

Une extension des interventions obstétricales permettra-t-elle de réduire la mortalité péri-natale dans les présentations

du siège
Zbl. Gyn. Déc.58 - 80 - n° 50 -
p. 1967

GRANJON et HENRION

Gyn. Obst. Janvier-Mars 1959.

HOLLSTEIN K.

La place de la Césarienne dans le traitement de l'accouchement par le siège.
Geburtsh. Frauenh. Oct.59- 19 - n°10
p. 843.

HUBER C.P.

Importance de la Césarienne dans la mortalité infantile.
Am. J. Obst. Gyn. Av. 51 - 61 - n°4 -
p. 895.

ILLOUZ De la perfusion de post-hypophyse dans la présentation du siège. Thèse 1961- Paris.

TANGUY P. Etude statistique de la mortalité foetale dans la présentation du siège. Série continue de 371 cas. Thèse Paris 1959 - n° 997.

VERMELIN H.

Notre statistique de l'accouchement en présentation du siège.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1959 - n 11 - n° 4 bis. p. 396.

VARANGOT - LE LORIER - COTE

Sur l'emploi des extraits post-hypophysaires en perfusion.
Gyn. Obst. 1950- 2 - n° 4.

MALEYX J.

Les indications actuelles de la Césarienne. Thèse Paris 1954.

JAROUSSE J. et LERAT M.F.

* Etude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège. Rev. Fr. Gyn. Obst. Févr. 1959 - 54 - n° 2 - p. 91.

JOSSELIN

Essai de radiopelvimétrie. Thèse Paris 1957.

KING J.A., KING E.L. et PITT B.

Etude de la mortalité foetale dans la Césarienne. South. Med. J. Mai 53 - 46 - p. 491.

KRAUSSOLD E.

Présentation du siège et Césarienne. Z.b.l. Gyn. 1952 - n° 36 - p. 1425.

LACAGNE

Etude statistique de la mortalité foetale et néo-natale dans la présentation du siège. Thèse Paris 1961.

LACOME - LE LORIER

Sur quelques éléments du pronostic foetal dans la présentation du siège. Réflexions sur les indications du traitement chirurgical. Rev. Fr. Gyn. Obst. 1955 - 12 - p. 348.

LACOME Pratique obstétricale.

LAFEY R. L'indication de la Césarienne dans la dystocie du siège en Afrique du Nord Française. Thèse Alger 1954-n°11

LAFFONT A. et EZES M.

Présentations du siège et Césarienne Algérie. Med. Juillet 1959- 43 - n° 139 - p. 381.

LANTUEJOUL

Les enfants nés par Césarienne Sem. Hôp. Paris. 10.12.50 - 26 - n°91 p. 4690.

LANVIN et TREVOUX

Attitude du praticien devant présentation du siège. Rev. Prat. 21.7.55.

LE LORIER Césarienne et présentation du siège. Maternité 1953 - n° 4 - p. 119

MERGER R.,LEVY J. et CHICHA

Perfusion I.V. lente de P.H. au cours du travail : 2.000 observations portant sur 8 années. Etude et indication des résultats.
Gyn. Obst. 1958 - 57 - n° 4- p.349.

MERGER R., LEVY, MELCHIOR

Précis d'obstétrique- 2ème édition

MEYER D. Présentation du siège et Césarienne Rev. Fr. Gyn. Obst. 1939 - 34 - n° 5 - p. 311.

PORTES L. et MAYER M.

Place de la Césarienne dans la présentation du siège chez primipare âgée. Médecine 1937 - 18 - p. 273.

AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Telephone : ODÉon 58-90